

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1915-1916. — N° 56

UN CAS
D'ANÉVRISME ARTÉRIO-VEINEUX
DE L'ARTÈRE-VEINE ISCHIATIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 4 Juillet 1916

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Claude CARRET

Né le 29 octobre 1889, à Sidi-Bel-Abbès (Oran).

Élève de l'École du Service de Santé Militaire.

Médecin aide-major de 2^e classe au 119^e régiment d'infanterie.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Juillet 1916

UN CAS

D'ANÉVRISME ARTÉRIO-VEINEUX

DE L'ARTÈRE-VEINE ISCHIATIQUE

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LEPINE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales.	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BÉRARD
Clinique des maladies nerveuses et mentales	FABRE
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Physique médicale	LÉPINE (J.)
Chimie biologique	WEILL
Chimie organique et Toxicologie	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Anatomie générale et Histologie	MOREAU
Physiologie.	GUIART
Pathologie interne.	TESTUT
Pathologie et Thérapeutiques générales	RENAUT
Anatomie pathologique.	MORAT
Médecine opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée	LESIEUR
Médecine légale.	PAVIOT
Hygiène	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique	COURMONT (P.)
Pharmacologie	ETIENNE MARTIN
	COURMONT (J.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	M. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS
Pathologie externe.	VALLAS
Maladies des voies urinaires	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVÉ-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie	LATARJET,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	MOURIQUAND,	—
Déontologie et médecine professionnelle	X.,.,.	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	LATARJET	MOURIQUAND	FROMENT
COMMANDEUR	BRETIN	ARLOING (F.)	THEVENOT (Lucien)
NEVEU-LEMAIRE	LERICHE	GUILLEMARD	PIERY
LAROYENNE	THEVENOT (Léon)	POLICARD	COTTE
VORON	TAVERNIER	GARIN	DUROUX
NOGIER	CADE	SAVI	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. Aug. POLLOSSON, Président ; M. NOVÉ JOSSERAND, Assesseur ;
MM. SIRAUD, et ARLOING, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1915-1916. — N° 56

UN CAS
D'ANÉVRISME ARTÉRIO-VEINEUX
DE L'ARTÈRE-VEINE ISCHIATIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 4 Juillet 1916

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Claude CARRET

Né le 29 octobre 1889, à Sidi-Bel-Abbès (Oran).

Élève de l'Ecole du Service de Santé Militaire.

Médecin aide-major de 2^e classe au 119^e régiment d'infanterie.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-EDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1916

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

À MA MÈRE

A MES SŒURS

A MON FRÈRE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

Professeur de Clinique chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Lyon,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Chef du secteur chirurgical des Deux-Savoies.

Nous le remercions de tout cœur d'avoir
bien voulu nous confier ce travail.

Nous garderons toujours un souvenir ému
de l'amabilité dont il a fait preuve à notre
égard.

Nous aurons toujours présentes à l'esprit,
au cours de notre carrière médicale, ses
leçons de la Faculté et surtout de son service
de l'Hôtel-Dieu au lit du malade et à la table
d'opération.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AUG. POLLOSSON

Professeur de Clinique gynécologique
à la Faculté de médecine de Lyon,

Le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse et la bonté avec laquelle il nous a accueilli nous laisseront un souvenir ineffaçable.

A MES JUGES

A MES CAMARADES D'ÉCOLE

MORTS AU CHAMP D'HONNEUR

A MES CAMARADES

du G. B. D. 5,

du 22^e régiment d'Artillerie

et du 119^e régiment d'Infanterie.

UN CAS

D'ANÉVRISME ARTÉRIO-VEINEUX

DE L'ARTÈRE-VEINE ISCHIATIQUE

INTRODUCTION

La guerre actuelle, par suite du nombre considérable de blessures qu'elle a causées, fait passer devant les yeux des chirurgiens tous les cas possibles et imaginables de blessures des différents organes.

Parmi celles-ci, les plaies des vaisseaux ont attiré notre attention et en particulier celles où l'agent vulnérant (arme blanche, balle ou éclat d'obus) a causé un abouchement entre deux vaisseaux adjacents, veine et artère, et produit un anévrisme artérioveineux.

Nous n'avons pas eu connaissance qu'en France un travail d'ensemble ait été fait à ce sujet depuis le début de la guerre. Le Dr Soubotitch, de l'armée serbe, a communiqué à la Société de Chirurgie de Paris l'ensemble des cas d'anévrismes traumatiques opérés dans les hôpitaux de son pays au cours des

guerres balkaniques et dans la première partie de la campagne actuelle. Il ressort de ce travail qu'il a été observé et opéré, 84 cas d'anévrismes artériels et 42 d'anévrismes artério-veineux, ce qui semblerait indiquer que dans les anévrismes par blessure de guerre les artério-veineux sont en nombre moitié moindre que les artériels.

Parmi les nombreux cas observés sur le front français, M. le professeur Tixier a eu l'occasion d'en opérer un siégeant sur l'artère-veine ischiatique. A part un exemple publié par le chirurgien Riberi, de Turin, en 1839, c'est le seul cas connu à l'heure actuelle.

Faute de temps pour nous livrer à une étude plus approfondie, nous avons choisi ce sujet comme travail inaugural. Nous avons jugé que son intérêt ne résidait pas tant dans sa rareté que dans l'excellent résultat obtenu dans son traitement.

Nous n'apportons qu'un grain de sable à l'édifice de la chirurgie vasculaire.

I

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES

Avant de nous livrer à l'étude proprement dite de notre cas d'anévrisme artério-veineux ischiatique, il sera intéressant de jeter un coup d'œil sur les particularités anatomiques de la région. De cette façon, nous nous rendrons compte plus facilement des troubles que peut entraîner la formation d'une tumeur anévrismale à ce niveau et des difficultés que le chirurgien devra surmonter dans son traitement.

Une balle, dans notre cas particulier, a contusionné et déchiré l'artère et la veine ischiatiques adjacentes, une communication s'est établie entre les deux vaisseaux et il en est résulté un anévrisme artério-veineux.

L'artère ischiatique, branche de bifurcation postéro-externe du tronc terminal antérieur de l'hypogastrique, est, après la fessière, la plus volumineuse branche de terminaison de cette artère. Après un trajet intra-pelvien qui dépend de la longueur du tronc antérieur de l'iliaque interne, elle descend et sort du bassin par la partie inférieure de la grande échancrure

sciatique et après un trajet fessier très court elle se divise en branches terminales.

Le long de ce trajet, l'artère ischiatique est d'abord située en avant du plexus sacré, mais ses rapports, d'après Poirier, sont variables avec les différents nerfs sacrés.

Elle émerge dans la région fessière entre le bord inférieur du pyramidal et le bord supérieur du petit ligament sacro-sciatique en dedans de la honteuse interne qui passe sur le sommet de la petite épine sciatique. Devenue ainsi fessière, l'ischiatique descend vers l'ischion, puis elle se porte en dehors de la honteuse interne sur un plan moins profond que cette dernière qui n'a pas quitté le plan ostéo-ligamenteux formé par les insertions du petit ligament sciatique sur l'épine sciatique.

Ainsi l'ischiatique se trouve en contact presque immédiat avec la honteuse interne au sortir de la cavité pelvienne. Pendant son trajet en dedans de cette artère, elle va fournir de nombreux ramuscules aux insertions internes inférieures du grand fessier et au coccy

Dans la fesse, elle vient en dehors vers l'ischion qu'elle croise au-dessous de la tubérosité et s'approche du grand nerf sciatique pour y introduire un long rameau nourricier. Elle prend part à l'irrigation de la région, notamment de l'extérieur de l'articulation coxo-fémorale où des rameaux des circonflexes et de l'obturatrice viennent s'anastomoser avec les siens.

Les branches terminales de l'ischiatique s'anastomosent avec un rameau descendant de la fessière,

avec des filets de la honteuse interne, et, comme nous venons de le dire, avec les circonflexes, l'obturatrice et les perforantes. Ceci nous explique en partie la vascularisation considérable rencontrée au cours de l'opération.

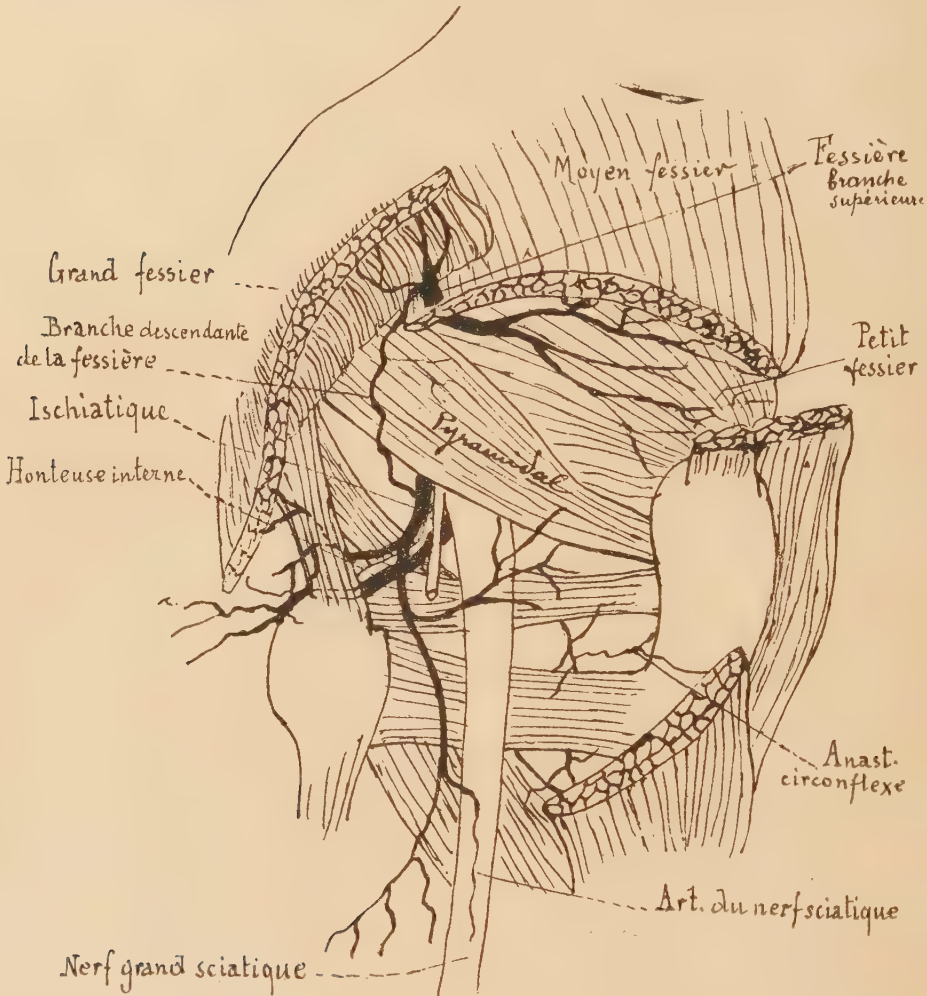
Chaque branche de l'ischiatique est accompagnée de deux veines d'un volume considérable qui se collectent dans la veine ischiatique. Il est à remarquer qu'elle reçoit une branche importante venant du nerf sciatique qui s'épanouit dans le tronc nerveux en nombreuses ramifications.

Il est probable que la dilatation de cette veine est responsable des douleurs ressenties par le blessé objet de l'observation dans le territoire de son sciatique. La veine ischiatique qui devient énorme et qui recouvre l'artère sous-jacente au niveau du ligament sacro-sciatique, d'après Morestin, s'anastomose largement avec deux branches de la veine fémorale : la circonflexe interne et la première perforante de la fémorale profonde.

« Les veines profondes accompagnent les artères fessière, ischiatique et honteuse interne ; au nombre de deux pour chaque artère, elles forment autour de chacune d'elles un véritable plexus qui rend très difficile l'isolement du vaisseau artériel au cours de la ligature. » (Testut et Jacob.)

De cette façon, à l'orifice de la grande échancrure sciatique, au-dessous du pyramidal, nous nous trouvons en présence d'un véritable carrefour artérioveineux où viennent converger, outre l'ischiatique et la honteuse interne, les veines plexiformes dont nous

venons de parler; de là, en remarquant que la surpression dans les veines, conséquence de l'anévrisme, en



a augmenté le volume et les flexuosités, la vascularisation extraordinaire de la poche ectasique et de ses alentours immédiats. A l'examen du malade de

Riberi, on remarquait même une dilatation considérable des veines sous-cutanées. Ainsi la disposition anatomique des vaisseaux ischiatiques : voisinage de l'artère honteuse interne, du nerf sciatique, nous explique déjà les difficultés de l'hémostase au cours de l'opération et les douleurs ressenties par le blessé.

II

L'ANÉVRISME ARTÉRIO-VEINEUX DE L'ARTÈRE-VEINE ISCHIATIQUE

Ainsi que nous l'avons déjà dit, nous ne connaissons à l'heure actuelle que deux cas d'anévrisme artério-veineux ischiatique : celui de Riberi et celui de M. le professeur Tixier.

En se plaçant au point de vue logique absolue, le cas de Riberi peut être discuté, car il n'a pas de confirmation opératoire ; nous avons traduit son observation que l'on trouvera plus loin ; il constate simplement que l'agent vulnérant s'est enfoncé dans la direction de la grande échancrure sciatique et en conclut que l'anévrisme artério-veineux consécutif est dû à la lésion des vaisseaux ischiatiques.

Dans le cas qui nous occupe, on a d'abord porté le diagnostic d'anévrisme artério-veineux des vaisseaux fessiers, et, à l'opération, on a reconnu que seuls les vaisseaux ischiatiques étaient en cause.

Cette observation est donc la seule qui nous donne

la certitude, puisqu'elle a été vérifiée opératoirement. Néanmoins l'observation de Riberi présente tellement de signes identiques à celle de M. le professeur Tixier que nous ne doutons point qu'il ne s'agisse réellement d'un anévrisme artério-veineux ischiatique.

Voyons maintenant ce qui caractérise cette sorte d'ectasie :

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Dans le cas opéré, nous avons affaire à une poche située à l'extérieur de la cavité pelvienne et englobant les vaisseaux passant dans la grande échancrure sciatique au-dessous du pyramidal, y compris la honteuse interne.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Il n'y a qu'une cause, c'est le traumatisme. Dans un cas (celui de Riberi), c'est la pointe d'une faucille qui a pénétré dans la fesse d'un paysan. Dans l'autre, c'est une balle de fusil ayant traversé la partie supérieure de la cuisse droite.

C'est l'étiologie normale de tous les anévrismes artério-veineux ; nous avons deux blessures de guerre caractéristiques par arme blanche et par arme à feu.

Il est probable qu'à la suite de la plaie des vaisseaux, il s'est formé un hématome ; une poche s'est développée à la suite du refoulement du tissu conjonctif par la pression sanguine. La communication a persisté

entre l'artère et la veine, une dilatation de la veine s'est produite consécutivement et la tumeur anévrismale a été formée comme d'habitude.

Par suite de la vascularisation, particulièrement riche de la région, sur laquelle nous avons déjà insisté, la poche a fini par englober tout le voisinage; de là la communication avec la honteuse interne qui a rendu l'opération particulièrement difficile.

SYMPTOMES

L'*hémorragie* qui se produit au moment de la blessure ne présente aucun caractère particulier. Les premiers symptômes n'apparaissent que tardivement, plus d'un an après le traumatisme dans nos deux observations; le malade de Ribéri, blessé au milieu de l'année 1832, ne vient à la clinique chirurgicale de Turin qu'au milieu de 1833; celui de M. le professeur Tixier, blessé le 20 août 1914, commence à se plaindre seulement au mois de novembre 1915, soit un an et trois mois après.

Les symptômes subjectifs consistent surtout en douleurs locales: sensation de fortes pulsations douloureuses au niveau de la fesse chez le malade de Ribéri. Le nôtre accuse surtout des douleurs le long de son sciatique jusqu'au pied.

Ces douleurs sont le premier signe qui ait attiré son attention, elles sont dues à l'élévation de pression dans les veines qui, nous l'avons vu, suivent tout le parcours du sciatique entre les faisceaux nerveux eux-mêmes.

C'est un phénomène qu'on peut rapprocher de celui décrit par Jaboulay dans le traitement des anévrismes artériels de la dernière portion de la fémorale et de la poplitée.

Aussitôt que le courant sanguin a été arrêté, le malade ressent de violentes douleurs accompagnées de contractures et irradiées dans tout le territoire de son sciatique. Voici l'explication donnée par l'auteur :

« Nous avons vu qu'il existe, bien qu'il soit peu connu, un courant collatéral entre les artères de la cuisse et celles de la jambe dans l'épaisseur même des nerfs sciatique, sciatique poplitée interne et sciatique poplitée externe. Au moment de l'interruption brusque du cours du sang dans l'artère poplitée par l'oblitération due à la compression indirecte, le courant sanguin presse brusquement contre la surface interne des collatérales sus-jacentes et fait effort pour se frayer passage. Le cercle antérieur du genou (articulaire, grande anastomotique, récurrente tibiale antérieure) et le courant latéral ne suffisent pas toujours pour dégager le sang retenu dans la cuisse ; c'est alors que, toutes les voies de dérivation s'ouvrant devant l'afflux sans cesse croissant, le courant collatéral intra-nerveux se dilate ; en comprimant du centre à la périphérie les nerfs qui lui servent de support, il les contusionne et produit leur irritation qui se traduit par des douleurs (filets sensitifs) et des contractures (filets moteurs) ».

Nous avons affaire ici à une action semblable, mais produite par la dilatation des veines au lieu de l'être par celle des artères. Comme dans tous les

anévrismes artério-veineux, l'abouchement de l'artère ischiatique dans la veine produit une élévation de pression dans ce vaisseau. Cette surpression se transmet naturellement dans toutes les veines affluentes, d'où dilatation et compression des filets nerveux avoisinants.

Ces névralgies n'apparaissent que beaucoup plus tard chez le malade italien, et chez lui les douleurs paraissent s'être irradiées dans tout le côté droit du corps. La marche est gênée par la douleur et cette claudication peut être une cause d'erreur; chez notre malade, le premier symptôme fut qu'il ne put exécuter une marche militaire et qu'il dut s'arrêter en cours de route. Nous reviendrons aux erreurs que la boiterie peut occasionner au sujet du diagnostic.

A l'examen direct du malade, on constate que la fesse où siège l'anévrisme est augmentée de volume par suite de la présence de la tumeur anévrismale à son intérieur et aussi à cause de l'œdème et de la dilatation des veines de la fesse. Riberi évalue à un tiers en plus l'augmentation du volume de la fesse de son malade.

On constate l'existence d'une cicatrice, le chirurgien italien la situe en face de la grande échancrure sciatique. Il signale également la présence sous la peau de grosses veines dilatées, ce fait n'a pas été observé chez le malade de Lyon; néanmoins, au cours de l'opération, on constata l'existence de nombreux vaisseaux dilatés si tôt les premiers plans découverts.

A la palpation. — On sent une impulsion rythmée

que Riberi compare à une expansion en masse de la fesse consécutive à une impulsion qui venant du centre s'irradierait dans toutes les directions vers la périphérie.

La main qui palpe perçoit en même temps un frémissement vibratoire particulier : c'est le thrill de Hunter, c'est le symptôme le plus sûr des anévrismes artérioveineux.

Ce thrill donne lieu à une sensation auditive, l'oreille appliquée au niveau de la tumeur perçoit un bruit caractéristique : c'est un souffle fort, continu, à renforcement systolique, c'est le bruit de rouet signalé dans notre observation.

Ce frémissement et ce souffle ne s'entendent pas seulement localement, ils se propagent le long des vaisseaux : le blessé de M. le professeur Tixier présentait un bruit de rouet se propageant tout le long de la fémorale jusque dans le creux poplité.

Ces symptômes sont facilement modifiés par la pression, dans tous les anévrismes artérioveineux. Riberi l'a bien remarqué dans son observation et il en a fait la base de son traitement. Mais si à la suite d'une compression suffisante, la fesse reprend son volume normal, l'impulsion rythmée et le thrill s'affaiblissent ; dès que la compression cesse, les symptômes réapparaissent exactement comme auparavant.

DIAGNOSTIC

Au début du développement de l'ectasie artérioveineuse, le malade se plaignant seulement de douleurs

le long de son sciatique, d'élancements, de fourmillements, de claudication, on pourra sans aller plus loin porter le simple diagnostic de névralgie sciatique.

D'autre part, les phénomènes nerveux du début, l'atrophie musculaire, accompagnés de la notion que l'on a d'une blessure avec cicatrice bien apparente, peuvent éveiller dans l'esprit l'idée d'une blessure du nerf sciatique lui-même. Mais en général, une lésion traumatique du tronc nerveux produit des effets plus considérables et surtout plus précoces et un examen soigneux permettra de reconnaître les signes caractéristiques d'un anévrisme artério-veineux.

Comme nous avons affaire ici à des cas de blessures de guerre, une autre question se pose en présence d'un malade présentant une blessure de la fesse avec, tardivement, des douleurs le long de son sciatique.

Il peut s'agir d'une lésion du bassin par l'agent vulnérant ayant entraîné par infection consécutive une ostéo-arthrite de l'articulation sacro-iliaque.

Dans ce cas, la pression au niveau de la symphyse sacro-iliaque provoque de la douleur ; la pression sur les deux crêtes iliaques provoque une douleur dans la région sacro-iliaque : le malade assis, se soulevant sur les mains et se laissant retomber sur son lit, éprouve également des souffrances dans la même région. Ces signes sont caractéristiques, mais il arrive souvent qu'ils ne sont pas nets et que l'affection se traduit simplement par une sciatique rebelle. Mais alors, il y aurait toujours suppuration et formation d'abcès, ce qui n'est pas le cas.

D'ailleurs le diagnostic se tranchera comme dans

l'hypothèse de blessure du nerf sciatique par la constatation des symptômes de thrill.

A un stade plus avancé, nous nous trouvons en présence d'une tumeur pulsatile de la fesse, nous avons d'abord à nous demander s'il s'agit d'un anévrisme artériel, d'un sarcome télangiectasique du bassin ou d'un anévrisme artério-veineux.

La palpation méthodique et l'auscultation, en nous donnant les signes du thrill, nous permettront d'éliminer immédiatement l'anévrisme simple et le sarcome.

Reste à déterminer quels sont les vaisseaux qui sont la raison de la tumeur; c'est là une très grande difficulté.

Riberi semble avoir fait son diagnostic pour des raisons anatomiques analogues à celles que Sappey donne pour distinguer les anévrismes fessiers des ischiatiques :

1° L'anévrisme ischiatique est situé plus bas que le fessier au niveau de la tubérosité de l'ischion;

2° Il est doué d'une mobilité latérale que n'a pas l'autre.

Ces signes ne seraient valables que pour des tumeurs petites; dans les deux cas que nous connaissons, l'ectasie était trop volumineuse et distendait la fesse en totalité.

D'autres ont indiqué, comme signe de l'anévrisme artériel ischiatique, le siège de la saillie par rapport à la ligne qui réunit le sommet du grand trochanter à l'épine iliaque postéro-inférieure; le siège du souffle par rapport à la même ligne; l'existence de névralgies

précoces dues au contact direct du vaisseau avec le nerf sciatique ; l'existence d'un œdème dur résultant d'une paralysie vaso-motrice ou d'une excitation vaso-dilatatrice.

Ces signes seraient également valables pour le cas qui nous occupe, mais ils n'ont rien d'absolument caractéristique : dans l'observation de M. le professeur Tixier, le maximum des signes siégeait au-dessus de la ligne ischio-trochantérienne et il s'agissait bien d'une tumeur dont l'origine était dans les vaisseaux ischiatiques.

Nous remarquerons qu'à cause de la proximité des vaisseaux honteux internes, tout diagnostic différentiel est à peu près impossible entre un anévrisme de ces derniers vaisseaux et une ectasie d'origine ischiatique. Ceci n'a d'ailleurs aucune importance au point de vue pratique, étant donné que le traitement serait identique à celui dont nous allons parler. Nous avons déjà dit que dans notre cas la honteuse interne était englobée dans le sac anévrisimal.

Il sera également intéressant de pratiquer le toucher rectal et vaginal chez les malades soupçonnés de présenter une tumeur de ce genre, afin de s'assurer qu'elle n'a pas de prolongement pelvien, ce qui a une grande importance au point de vue du traitement chirurgical.

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

L'anévrisme artério-veineux ischiatique ne guérit pas spontanément. Il a une marche lente et progres-

sive puisque dans les deux cas que nous connaissons, les symptômes ont mis plus d'un an pour apparaître franchement et dans leur ensemble.

L'observation de Riberi, où nous avons affaire à un malade suivi pendant sept ans, nous montre que la compression du sciatique finit par rendre la marche à peu près impossible.

L'anévrisme étant abandonné à lui-même, il y aurait à craindre la possibilité d'une rupture à la suite d'une trop grande extension de volume.

Des troubles trophiques seraient également à redouter. A la suite d'anévrisme artério-veineux d'autres vaisseaux de la cuisse, on a vu se développer à la longue des varices énormes, des ulcères, des phénomènes gangréneux et même un œdème éléphantiasique du membre inférieur.

Pour les anévrismes simples de l'artère fessière, on distingue deux formes souvent successives au cours de l'évolution : une forme extra-pelvienne, une intrapelvienne.

Nous ne connaissons que deux cas d'anévrisme artério-veineux ischiatique et dans ces deux cas nous n'avons affaire qu'à la forme extra-pelvienne.

Il n'est pas impossible que de nouveaux cas se présentent et que, ceux-ci étant abandonnés à eux-mêmes, la tumeur anévrismale augmente de volume et devienne, par suite, intrapelvienne. Ceci serait une complication à redouter, car elle compromettrait le succès de l'opération. Déjà, dans le cas qui nous occupe, il a été indispensable, pour assurer une hémastose suffisante, de laisser deux pinces à demeure dans la partie

profonde de la plaie opératoire par suite de l'enclavement de la honteuse interne dans le sac anévrisimal. Ceci nous donne une idée des difficultés que rencontrerait le chirurgien en voulant opérer un cas de ce genre où la poche artério-veineuse pénétrerait dans le bassin.

L'anévrisme artério-veineux ischiatique ne s'améliore pas spontanément, c'est par conséquent une affection qui, si elle n'a pas un pronostic dangereux *quoad vitam*, n'en est pas moins un accident sérieux qui peut entraîner des troubles graves ; il faut, par conséquent, intervenir pour en supprimer la cause.

TRAITEMENT

Les auteurs ont proposé différents traitements de l'anévrisme artério-veineux ischiatique.

Riberi a commencé par faire des applications de glace au moyen d'une vessie sur la fesse de son malade ; il n'a obtenu aucun résultat.

Il a eu ensuite recours à la compression au moyen des bandes serrant un coussinet contre la tumeur ; il y a eu une amélioration sensible : la fesse a repris son volume normal, les signes de palpation ont rétrocedé. Mais dès que le malade a été livré à lui-même, tout a réapparu comme par le passé. En désespoir de cause, on construisit une espèce de bandage fixe que le patient devait garder constamment. En somme, on n'obtenait qu'une légère amélioration avec beaucoup de gêne pour le sujet.

Holmes cite ce cas en même temps qu'un autre de

Nélaton, se rapportant à un anévrisme artério-veineux fessier, où des injections de perchlorure de fer ont donné un excellent résultat, et il ajoute :

« L'exemple de ce cas de Nélaton encouragera le chirurgien à soigner cette maladie par injection de perchlorure de fer ou mieux par galvano-puncture ; mais, si l'on ne réussit pas, la vieille opération doit être la méthode à employer si les symptômes la rendent suffisamment urgente pour justifier ce risque ».

La vieille opération dont parle Holmes est la ligature des vaisseaux. Riberi en parle aussi à la fin de son observation, mais pour faire la même restriction que son confrère anglais. Ces chirurgiens appartiennent, en effet, à une époque où les méthodes aseptiques étaient inconnues et où la moindre opération entraînait pour celui qui la subissait des dangers considérables. P. Delbet, dans sa thèse, propose l'extirpation qui, nous allons le voir, a donné un succès complet à M. le professeur Tixier, c'est la méthode de choix. Voici ce que dit Delbet :

« Le seul cas d'anévrisme artério-veineux rétropelvien que j'ai rencontré est de Riberi. La compression l'a amélioré, mais sans le guérir. Il n'y a même pas à tenter la compression directe comme méthode curative dans les cas de ce genre. Pour les anévrismes artériels, elle a été en général si douloureuse, à cause du voisinage du sciatique, que les malades n'ont pas pu la supporter. En outre, les anastomoses vasculaires de la région de la fesse sont si nombreuses qu'elle serait certainement inefficace. S'il y avait lieu d'agir, il faudrait faire l'extirpation. La quadruple

ligature sans extirpation serait matériellement presque impossible à pratiquer, elle serait presque sûrement impuissante.

C'est en partant de ces considérations que M. le professeur Tixier a pratiqué l'opération que nous allons maintenant décrire.

Choix de l'incision. — Chez le blessé qu'il a été appelé à opérer, M. Tixier, se croyant en présence d'un anévrisme artério-veineux de la fessière, a naturellement employé la grande incision en L couché de la fessière qui lui a permis, en prolongeant sur le côté du sacrum l'incision verticale, de descendre parfaitement dans la région de l'ischiatique. Aussi, il n'hésiterait pas à conseiller dans les cas douteux où on n'est pas de suite fixé sur le siège exact de l'anévrisme de la fesse, de pratiquer sans hésiter d'abord l'incision de la ligature de la fessière, quitte à la modifier simplement un peu suivant les besoins au cours de l'opération.

Si, au contraire, le chirurgien est absolument sûr d'être en présence d'un anévrisme artério-veineux de l'ischiatique, il semble que le mieux serait de conserver la même forme à l'incision tout en la reportant à deux travers de doigt au-dessous du siège de la ligature de la fessière. Dans tous les cas, ne pas hésiter, en présence d'un anévrisme de la fesse, à pratiquer d'emblée une très grande incision : c'est une opération qui demande un très grand jour et la possibilité de faire à coup sûr une hémostase réelle et bien définitive.

Manuel opératoire. — Une fois l'incision de la peau largement exécutée et l'hémostase superficielle complètement achevée, ce qui est long et minutieux, le chirurgien, pour s'assurer du siège exact de la poche anévrysmale, devra se servir avant tout du point de repère si précis que donne le pyramidal.

Celui-ci reconnu, si la poche est au-dessus, c'est la fessière qui est en cause; si au contraire elle est au-dessous, il s'agit soit de l'ischiatique, soit de la honteuse interne.

Avant de disséquer la poche et de poser les ligatures, on devra aussi reconnaître le nerf grand sciatique et le faire récliner en dehors. Il doit être mis à l'abri de toute manœuvre intempestive et brutale.

Ligature des vaisseaux. — L'isolement des vaisseaux à la périphérie a paru relativement facile et on a pu placer les ligatures en tissu sain en toute sécurité. Mais il n'en est pas de même pour le bout supérieur et il faut aller avec prudence dans le passage des fils, sans quoi on se trouve rapidement bridé par la ceinture pelvienne et il devient impossible de passer les fils à ligature. On n'hésitera pas du reste à laisser, si nécessaire, des pinces hémostatiques à demeure, c'est ce qui fut fait sur deux branches anastomosées avec la honteuse interne.

Précautions importantes. — Il nous semble indispensable d'insister sur la nécessité absolue de préparer, avant de commencer l'opération, le malade au point de vue de la possibilité de pratiquer très

rapidement, si c'est nécessaire, la ligature de l'hypogastrique. Comme pour les autres anévrismes de la fesse, il est certain que ce sera la seule ressource à laquelle le chirurgien ne devra pas hésiter à avoir recours s'il se trouve en présence d'une hémorragie venant de la partie intrapelvienne des vaisseaux en cause. Enfin, toujours laisser au point déclive un gros drain, car les tissus graisseux de la fesse, anormalement vascularisés, auront une tendance presque fatale à donner lieu à un écoulement abondant et on n'échappera à une suppuration, *cause d'hémorragies secondaires*, qu'à la condition d'éviter tout *hématome postopératoire et toute rétention*.

Le récit de l'opération, tel qu'il se trouve dans l'observation qui donne son titre à cette thèse, nous montre les difficultés qu'a dû surmonter M. le professeur Tixier au cours de son opération pour obtenir une hémostase convenable. Il nous montre également que le résultat fut excellent, puisque le blessé est retourné à son dépôt.

III

OBSERVATIONS

1. OBSERVATION de M. le professeur TIXIER.

B..., Victor-Marie, vingt-neuf ans, soldat au... d'infanterie. Blessé le 20 août 1914, à Morhange, par une balle à la racine de la cuisse droite.

La blessure, datée du 20 août 1914, a guéri radicalement sans aucune complication. C'est seulement le 24 novembre 1915, alors que le blessé était au dépôt de l'Exposition à Lyon, que l'on s'est aperçu de la présence d'une tumeur pulsatile de la fesse droite. De suite on l'envoie à l'Hôtel-Dieu. Le malade, depuis quelque temps, accusait du reste des douleurs le long du sciatique, à la cuisse, à la jambe, au pied.

A l'examen. — On constate que la fesse droite est plus volumineuse que la gauche, qu'elle est distendue dans la profondeur, sans que les tissus superficiels soient modifiés. Aucune rougeur, aucun signe d'inflammation, aucun œdème.

A la palpation. — De suite la main constate :

1° De l'impulsion rythmée;

2° Un thrill intense.

A l'auscultation. — Double souffle, bruit de rouet se propageant dans la fémorale, en avant, jusque dans la poplitée.

C'est un anévrisme artério-veineux typique. Sur quelle artère? Le maximum des signes est en pleine fesse, au-dessus de la ligne ischio-trochantérienne, tout est donc en faveur d'un anévrisme artério-veineux de la fessière. Il faut agir.

11 décembre 1915. — Anesthésie générale.

Grande incision de la ligature de la fessière. On constate qu'elle est indemne. On se porte sous le pyramidal. C'est sur l'ischiatique que siège l'ectasie. On la dissèque avec soin et on arrive à passer un fil saisissant en masse l'artère et la veine au-dessus de la poche, puis on se porte sur la périphérie et là on lie à grand'peine les vaisseaux sur leur bout périphérique, et à ce niveau il y a des anastomoses telles avec la honteuse interne qu'il est impossible de la séparer et qu'on est contraint de placer deux pinces hémostatiques à demeure pour en faire l'hémostase.

Cette opération a été rendue extrêmement pénible par la vascularisation incroyable qui sillonnait en tous sens les tissus superficiels et profonds de la fesse. C'est inouï combien était riche la vascularisation de toute cette région. Aussi le malade a-t-il été shocké et par la perte de sang et par la longueur de l'anesthésie.

Suites opératoires. — Etat parfait le soir même; aucune hémorragie importante; pas de température.

Le lendemain, on renouvelle les pièces de pansement. Rien de particulier.

14 décembre. — Ablation des pinces hémostatiques. Etat parfait.

30 décembre. — Le malade est en très bonne voie de guérison. Les signes physiques d'anévrisme artérioveineux ont complètement disparu. La cicatrisation de la plaie opératoire se fait rapidement.

24 janvier 1916. — A la partie coudée de l'incision de la ligature de la fessière, la cicatrice s'organise d'une façon défectueuse, il est préférable de la libérer immédiatement. Rapidement, excision de la cicatrice avec les bourgeons exubérants ; au catgut, on rapproche les plans profonds. Petit drain sous-musculaire. Suture méthodique et soignée de la peau.

28 mars. — Le blessé retourne à l'ambulance d'où il était venu. Guérison complète.

2. OBSERVATION DE RIBERI

Varice anévrysmalé de l'artère ischiatique droite. Giuseppe Serafino, de Saluzzo, campagnard robuste de vingt-cinq ans.

Vers le milieu de l'année 1832, il fut frappé d'un coup de faucille à la fesse droite au point correspondant à la grande échancrure sciatique dans la direction du trajet de l'artère homonyme qui fut probablement lésée.

Sur le moment, il ne coula qu'une assez faible quantité de sang, cette hémorragie s'arrêta après la

pose d'un pansement compressif. Les premiers jours, le malade n'eut que la sensation de fortes pulsations locales relativement peu douloureuses, peu de douleurs et d'impotence fonctionnelle à la marche. Le malade revient à la clinique opératoire un an après, vers le milieu de l'année 1833, on l'examine et on constate les symptômes suivants :

Une cicatrice oblique de haut en bas et de dedans en dehors, ayant la direction de l'artère ischiatique en face de la grande échancrure sciatique, dont le tiers supérieur dépasse le contour de cette échancrure.

La fesse, d'un tiers plus volumineuse qu'à l'état normal, est traversée en différentes directions de grosses veines sous-cutanées.

A la palpation de la cicatrice, tout autour, sur un espace de trois ou quatre lignes, on sent très distinctement la pulsation frémissante de la varice anévrismale. Sur toute la surface de la fesse on sent une pulsation obscure à la manière d'un déplacement en masse partant de l'échancrure sciatique comme centre et se dirigeant dans toutes les directions vers la circonférence de la fesse.

On essaie ce que pourraient faire des applications de glace dans ce cas. On fait pendant un mois des applications continues de glace contenue dans une vessie, sur la tumeur anévrismale, ayant eu pour résultat de faire disparaître complètement la douleur.

On recourt ensuite à la pression directe avec une bande et un coussinet que l'on maintient durant l'espace de trois mois. Le résultat est que la fesse recouvre son volume normal, que l'expansion diffuse

est diminuée de moitié et que la pulsation frémissante est limitée à l'ancienne cicatrice.

Le malade, muni d'un pansement serré modérément, de façon à limiter le plus possible les mouvements de la fesse, retourne chez lui.

Il y reste jusqu'en 1838, où il voit son état redevenir graduellement le même qu'auparavant. La pulsation frémissante et l'expansion diffuse ont reparu dans la fesse dont le volume est redevenu énorme ; il est de nouveau admis à la clinique.

Les douleurs ne sont plus l'ancienne sensation douloureuse locale, mais s'irradient dans tout le côté correspondant à la lésion et rendent la marche impossible.

On abandonne pour cette seconde phase du traitement les applications glacées et l'on a recours à la seule pression pratiquée avec un bandage compressif analogue à celui dont on se sert pour maintenir les hernies, mais avec une pelote modifiée pour s'adapter à la forme spéciale de la région.

Ce moyen eut pour effet de faire revenir la fesse à son volume normal, les pulsations et les frémissements furent également diminués dans de grandes proportions.

Le malade sort de l'hôpital dans le même état qu'après son premier séjour.

CONCLUSIONS

I. — On ne connaît que deux cas d'anévrisme artério-veineux de l'artère veine ischiatique : celui de Riberi et celui de M. le professeur Tixier.

II. — La seule cause de cet anévrisme est le traumatisme direct des vaisseaux : coup de faucille, blessure par balle de fusil.

III. — Le seul traitement efficace est l'extirpation du sac de l'anévrisme avec ligature des quatre vaisseaux.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
Aug. POLLOSSON

Vu :

LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 27 juin 1916.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- DEL BET (P.), *Pronostic et traitement des anévrismes artério-veineux externes* (thèse, Paris, 1888-1889, n° 151).
- DEL BET (P.) et MOCQUOT, *Affections chirurgicales des artères*, Paris, Baillière, 1911.
- FARABEUF, *les Vaisseaux sanguins des organes génito-urinaires, du périnée et du pelvis*, Paris, Masson, 1905.
- JABOULAY, Traitement de l'anévrisme de l'artère poplitée, art. POPLITÉE, in *Dictionnaire Dechambre*.
- MONOD et VAUVERTS, Du traitement des anévrismes artério-veineux. Documents et remarques (*Revue de Chirurgie*, 1910, XLII, p. 729).
- POIRIER, *Traité d'Anatomie humaine*.
- SOUBBOTITCH (V.), Quelques considérations sur les anévrismes traumatiques (*Bulletin et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, séances du 16 février et du 22 mars 1916).
- TESTUT et JACOB, *Traité d'Anatomie topographique*.
-

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	11
I. Considérations anatomiques	15
II. L'anévrisme artério-veineux de l'artère-veine ischia- tique	19
Anatomie pathologique	20
Etiologie et pathogénie.	20
Symptômes.	21
Diagnostic	24
Evolution et pronostic	27
Traitement.	29
III. Observations	35
Conclusions	41
Bibliographie	43

